

Principios bioéticos de la medicina paliativa en paciente crítico terminal

Yina González¹, Ingrith Delgado¹, Martha Naranjo² y Mary Avendaño³

Martha Naranjo
marthalnaranjo@uniboyaca.edu.co
Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia.



Resumen

Al ser la medicina paliativa una herramienta para la preservación de la vida en pacientes terminales de forma adecuada y digna, se tiene que el objetivo del presente escrito es hacer un análisis de la aplicabilidad de los principios bioéticos de la medicina paliativa (principio de veracidad, de beneficencia, el principio de proporcionalidad terapéutica, el principio de doble efecto terapéutico, de prevención y el principio de no abandono), en pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal soportados y fundamentados en los cuatro principios de la bioética “autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”.

La aplicabilidad de la totalidad de los principios bioéticos resulta una herramienta muy útil en la preservación adecuada de la vida ya que da pautas a todo el equipo multidisciplinario para concebir el ser como pilar fundamental de la sociedad hasta el último momento de su existencia y le da la razón a este sobre su esencia, respeto y dignidad por la vida.

Palabras claves: Bioética, medicina paliativa, enfermedad terminal, principios bioéticos

Abstract

To The being the palliative medicine a tool for the preservation of the life in terminal patients of suitable and worthy form, has that the aim of the written present is to do an analysis of the applicability of the beginning bioethics of the palliative medicine (beginning of veracity, of welfare, the beginning of therapeutic proportionality, the beginning of double therapeutic effect, of prevention and the beginning of I do not retire), in patients with diagnosis of terminal illness supported and based on four beginning of the bioethics “autonomy, welfare, not balefulness and justice”.

The applicability of the totality of the beginning bioethics turns out to be a very useful tool in the suitable preservation of the life since it gives guidelines to the whole multidisciplinary equipment to conceive the being as fundamental prop of the company up to the last moment of his existence and gives the reason to this one on his essence and his respect and dignity for the life.

Key words: bioethics, palliative medicine, terminal illness, bioethical principles

1 Estudiante de Semillero BAFIS, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia.

2 Profesora Titular, Facultad de Ciencias de la Salud y Directora de División de Calidad Académica, Universidad de Boyacá. Integrante del Grupo de Investigación Bioética y Educación en Salud, Tunja, Colombia.

3 Joven Investigadora. COLCIENCIAS- Universidad de Boyacá. Integrante del Grupo de Investigación Bioética y Educación en Salud, Tunja, Colombia.

Introducción

Se ha dicho que el objetivo de la medicina como premisa fundamental radica en preservar la vida y en múltiples ocasiones es vencida por la naturaleza, quien tiene a su cargo el final de la existencia (Padrón, 2008), ya que todo se basa en el ciclo vital donde todo lo que nace en algún momento tendrá que morir. Muchas veces, los seres humanos en su deseo afanoso por vivir desmesuradamente su presente, se olvidan de esto y se desbordan en excesos cuyas consecuencias se verán reflejadas al final de su vida, en enfermedades terminales, o víctima inconsciente de otro tipo de enfermedad dada por otros factores; sea cual sea la causa, ¿qué pasa en el momento que cambia el rumbo normal de la existencia y nos vemos enfrentados ya sea como paciente o como familiar, amigo o tan solo conocido a la dura realidad de una enfermedad terminal cuya efecto no va a ser curativo sino netamente paliativo?

Según Castellón (1998) El alargamiento de la vida y el respeto cada vez mayor a la autonomía de las personas han creado diversos conflictos que no están sólo relacionados con la Medicina, sino también, y de manera muy intensa, con el mundo jurídico y los valores éticos de sus protagonistas: los pacientes y sus familiares, los profesionales y la sociedad en general. Si bien es cierto existe una serie de protocolos de manejo que en muchas oportunidades pueden ser útiles para el manejo de estos, es de vital importancia recabar en el adecuado uso, conducción y aplicabilidad de cada uno de los principios bioéticos que finalmente serán la base para que en esos cuidados paliativos no se afecte la dignidad ni se vulneren los derechos de los pacientes en esta condición.

Para hablar de bioética de los cuidados paliativos, es necesario en primera instancia, aclarar cuáles son sus alcances. Para ello es fundamental partir de una adecuada comprensión de la terminología que hace referencia a esta práctica. De acuerdo con Twycross (2000) “La medi-

cina paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a los tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta”, mientras que Sánchez (2000) hace alusión que “Medicina paliativa es el estudio y manejo de los pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, para quienes el pronóstico es limitado, y el enfoque de atención reside en la calidad de vida” y para la OMS los cuidados paliativos se definen como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, más aún si está en fase avanzada y progresiva. Cabe acotar que sea cual sea el autor acerca de la significancia de este término, se trata de manejar la calidad de vida de aquellos individuos cuya expectativa de vida es muy corta.

Metodología

Recabando en esta temática, y viendo el contexto en el que está inmerso todo lo concerniente con la medicina paliativa y la forma como se maneja, ha surgido la necesidad de desarrollar un proyecto de investigación donde se trate de establecer ¿cuál es la aplicabilidad de los principios bioéticos de la medicina paliativa en pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal?

Como primera medida se enmarca esta, en una investigación cualitativa, de tipo descriptivo, de orden transversal, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas con la participación de pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal, familiares y profesionales de la salud que trabajan con ellos. El análisis de los datos cualitativos (Bonilla y Rodríguez, 1997) se estableció a través de 6 categorías deductivas que se desprenden de los objetivos planteados, de las preguntas de investigación, las variables del estudio y los instrumentos de recolección de la información: principio de beneficencia, veracidad, proporcionalidad terapéutica, doble efecto terapéutico, no abandono y principio de prevención.

Algunos referentes históricos en torno a cuidados paliativos

La medicina paliativa se ha desarrollado, en gran parte, como resultado de la visión e inspiración inicial de Dame Cicely Saunders (2011), fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, quien acota que hace siglos, “hospicio” significaba lugar de reposo para viajeros o peregrinos, pero con el paso del tiempo la palabra sobrevivió en conexión con hospitales conventuales o asilos. A ella siempre le atrajo este nombre pues quería proveer un tipo de atención que combinara las habilidades de un hospital con la hospitalidad reposada y el calor de un hogar. Desde los tiempos más remotos las sociedades ofrecen ayuda y confortan a sus miembros enfermos y a los que están muriendo. Normalmente, cierta reverencia y una mística profunda se mezclan en estos acontecimientos. El período que sucede a la muerte de seres queridos es marcado generalmente por la ejecución de rituales religiosos y culturales bien definidos, cuyas manifestaciones varían de una cultura a otra. (Pessini y Bertachini, 2006).

Hangzhou (2013), afirma que los cuidados médicos en pacientes críticos en China han tenido grandes avances en las épocas recientes, conllevando a que surja una nueva premisa: “la ética en tratamientos al final de la vida”. Con los avances médicos, terapéuticos y la tecnología se puede permitir aparentemente mantener con vida al individuo, y decidir en algunos casos el tiempo exacto de ponerle fin a esta, en un tiempo y momentos determinados siempre brindando el apoyo necesario mitigando el dolor. Esto da lugar a un gran cuestionamiento, que se enfatiza en cómo hacer entender que la vida no es solo un problema médico, sino también trae consigo implicaciones sociales, éticas, culturales y por supuesto problemas legales, que entran en juego en determinadas personas con diversos comportamientos y aptitudes éticas, vistas desde su experiencia en educación, religión, atributos individuales y hasta consideraciones económicas.

Los doctores y profesionales de la salud en china enfrentan problemas éticos dentro del mismo país por la forma en la que se aplican los cuidados paliativos a pacientes críticos, sin embargo, esto ha conllevado a una enorme controversia para lo que se ha tratado de unificar protocolos de manejo, con el fin de esgrimir la cultura tradicional, las creencias religiosas y por supuesto la bioética en los diversos grupos y sus familias a tratar.

De igual forma Paul Bartels et al., (2005) afirman que las prácticas de la medicina tradicional en Norte América se centran principalmente en la recuperación de enfermedades y curación de lesiones. Por lo tanto, muchos tratamientos curativos de enfermedades terminales no alivian ni en sufrimiento físico, ni emocional y el paciente esta condenado al sufrimiento absoluto. Los cuidados paliativos suponen la violación de dos de los principios fundamentales de la bioética, como lo son la beneficencia al no ayudar al paciente con el alivio del dolor antes de su muerte y la no maleficencia al no poder aliviar los dolores y otra sintomatología que también afecta a los seres queridos del paciente. (Chrystal – Frances, 2003)

Bases bioéticas de los principios paliativos

Los cuidados paliativos son de vital importancia en aquellos pacientes con algún tipo de enfermedad terminal o sin cura médica, ya que nos permiten brindar asistencia total orientándolos al control del dolor y de los síntomas que los aquejan, soportándolo mediante ayudas psicológicas, emocionales, espirituales no solo para el paciente sino también para sus familias y el círculo que los rodea. En tiempos pasados, los profesionales de la salud atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar, ya que la mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad. (Montes de Oca Lomely, 2006)

Rodríguez (2012), hace hincapié a la importancia que tiene el hablar de ética del cuidado paliativo, lo que hace ineludible no enfocar situaciones en torno a la medicina y tratamientos administrados, a la alimentación y nutrición necesarias, a la oposición a la eutanasia, pues estos aspectos encierran en torno al “paciente” con necesidad de tales cuidados una serie de circunspecciones que vistas desde una mirada ética dejan vislumbrar una sucesión de posibles condiciones que mejoraran circunstancialmente la calidad de vida de estos.

Así mismo Javashvili (2008), enfatiza sobre como la autanasia se ha convertido en un procedimiento popular dentro de nuestra sociedad, siendo estos métodos los que consideran y hacen un llamado a una “buena muerte”, buscando siempre que esta sea accesible a todas las personas que quieran librarse del sufrimiento de una enfermedad severa. Continúa su discurso acotando que es importante centrarse en la introducción de nuevas formas de cuidados y apoyo para ayudar a los pacientes críticos, aliviando el dolor y otro tipo de sintomatología, en donde seguramente se debe volver implícito el apoyo moral. Sin embargo, todo debe ser regulado por una legislación que aun en países como Colombia esta lejos de alcanzar, debido a todas las implicaciones y dilemas bioéticos que trae consigo dicho procedimiento.

Conceptualización de los principios bioéticos de la medicina paliativa

Como ya se ha mencionado anteriormente acerca de los conceptos sobre medicina paliativa, cabe recalcar que la palabra “paliativa” deriva del vocablo latino *pallium*, que significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos. El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales, además de la situación que se genera en la familia del paciente (Twycross, 2000).

Sus principales objetivos son aliviar el dolor y los otros síntomas molestos que presentan los pacientes; atenderlos psicológica y espiritualmente para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible; ofrecer un sistema de apoyo que los ayude a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima; brindar un método de soporte que coadyuve a las familias a afrontar la enfermedad y a sobrellevar el período de duelo. Por todo ello, la medicina paliativa afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal, no busca ni acelerar ni posponer la muerte (Twycross, 2000). Sumado a lo anterior, como lo menciona Gracia (1990), el principio de no maleficencia es el principio rector de la ética médica, en donde es obligación moral del médico aliviar o al menos no generar daño intencionado, aspecto que se convierte en un dilema en el momento de la atención integral de un paciente con diagnóstico de enfermedad terminal.

Hamric y Blackhall (2007), ponderan la disposición de colaboración que se debe dar entre enfermeras y médicos, ya que la parte ética recaba igual importancia que la parte asistencial, sin embargo, en muchas situaciones y lugares según el contexto, este equilibrio no se da, dando fuerza a alguno de los dos y dañando la sinergia que debe existir entre el tratamiento integral del paciente crítico y sus cuidados paliativos.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud con respecto a los cuidados paliativos, se considera fundamental en primera instancia que su objetivo es obtener la máxima calidad de vida posible para el paciente y para la familia, a través del control del dolor, dado que es uno de los principales factores que generan angustia y miedo a los enfermos desahuciados, el apoyo emocional y comunicación por parte del personal médico logrando una empatía y verdadera comunicación que propenda por el respeto de los deseos de los pacientes y la información sobre el

derecho a negarse o aceptar determinado tratamiento y finalmente, el apoyo permanente a la familia quien va a acompañar al paciente hasta el momento de su muerte (Amor, 2005).

De acuerdo con las consideraciones anteriores, en la atención de un paciente terminal se pueden considerar en primera instancia los 4 principios de la ética biomédica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Beauchamp y Childress, 1999). Por una parte, al contemplar el principio de beneficencia se abarca desde intentar dar una solución integral a los problemas del paciente en todos los aspectos psicoemocionales, sociales y espirituales, así no exista un tratamiento con finalidad curativa; es así como la supuesta beneficencia de un acto médico ante la enfermedad sin posibilidad de curación que progresa de forma irremediable a la muerte es muy relativa, porque la frontera existente entre perjuicio y beneficio algunas veces no es clara y está condicionada por la forma como los pacientes y su familia acepten su enfermedad y el desenlace de ésta. Por ello, en una enfermedad que tiene claramente un tratamiento curativo dicho dilema no se plantea, aspecto que no ocurre cuando se trata de enfermedades con poca esperanza de curación, llevando algunas veces al encarnizamiento terapéutico y a la negación de permitir el curso natural de la enfermedad a través de la utilización de los últimos avances tecnológicos y farmacológicos que permiten algunas veces posponer el momento de la muerte, pero que pueden llevar al paciente a sufrimientos innecesarios (Tapiero, 2001).

Con respecto al principio de no maleficencia en su esencia se debe propender por no utilizar tratamientos o procedimientos terapéuticos inútiles o sin ningún resultado favorable (Beauchamp y Childress, 1999). Dado que existe una relación inseparable entre el no dañar y la dignidad humana, por ello se considera como un postulado de la ética de mínimos que prevalece sobre otros principios como el de beneficencia o autonomía en caso de conflicto ético (Gracia, 1990).

En los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal uno de los principios relevantes es el respeto por la autonomía considerando en primera instancia la cantidad y calidad de la información que lleve al paciente a una deliberación y toma de decisiones concertadas e informadas. (Beauchamp y Childress, 1999). Este principio es uno de los más vulnerados en enfermos con diagnóstico de enfermedad terminal, dado que es muy común observar que tanto la familia como el mismo personal de salud ocultan la información al paciente con respecto al pronóstico de la enfermedad, lo anterior lleva a una toma de decisiones sin el conocimiento necesario que les permita hacer una deliberación adecuada y participar activamente en este proceso (Tapiero, 2001).

Por último, el principio de justicia, visto desde la oportunidad justa de acceso a tratamiento sin ningún tipo de discriminación por su condición (Beauchamp y Childress, 1999). Con respecto a este principio es necesario puntualizar que allí se establecen algunos límites con respecto a los servicios médicos que deben ser financiados por el estado, pero es necesario considerar que la medicina paliativa debería estar contemplada como un derecho básico y necesario, aspecto que no se evidencia en la práctica dado que no se cumple con el principio de oportunidad justa y de accesibilidad a todo lo requerido por el paciente. De igual manera, las instituciones prestadoras de servicios de salud no están dotadas de servicios de cuidados paliativos que permitan brindar una atención integral a los pacientes en las últimas etapas de su enfermedad (Tapiero, 2001).

En síntesis, la medicina paliativa, por su gran componente humanitario y por su defensa al respeto a la vida y a la dignidad de la persona, constituye la forma de asistencia más eficaz para los pacientes que se encuentran en situación de enfermedad terminal, dado que la filosofía en la que se basa garantiza, entre otras cosas, una aplicación estricta y sistemática de los principios bioéticos fundamentales. Además, por definición, debe procurar mejorar la calidad de vida del enfermo; debe

luchar por conseguir el mayor bienestar posible y su objetivo debe ser evitar los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales o, si esto no es posible, procurar que el enfermo se adapte a ellos en las mejores condiciones posibles.

De igual forma debe propender por evitar actuaciones innecesarias que provoquen sufrimiento y también debe fomentar la autonomía del enfermo para hacerle participe en la toma de decisiones que son muy importantes para él, para lo cual es requisito indispensable una adecuada información y comunicación (Tapiero, 2001), sin embargo, no es suficiente abarcar solamente dichos principios, pues también según dice Taboada (2000) se hace importante recabar en unos principios rectores agrupados según diferentes expertos de este tipo de medicina para el manejo integral de estos pacientes.

Taboada (2000) acota que el principio de veracidad es una obligación moral desde el principio de beneficencia, pues permite que el paciente participe activamente en la toma de decisiones lo que lleva al respeto del principio de autonomía. El segundo es el principio de proporcionalidad terapéutica que implica aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio. El principio del doble efecto terapéutico implica que para el manejo de síntomas como son el dolor intenso, la dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. El principio de prevención corresponde a la responsabilidad médica de prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica y el principio de no-abandono, recuerda que salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente porque

éste rechaza determinadas terapias, aun cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado.

Resultados

Haciendo un análisis de los datos recolectados se encuentra que, en efecto, el principio de beneficencia se relaciona con la participación activa en los procesos de toma de decisiones por parte de los pacientes y los familiares, con un conocimiento del estado de salud de este, además inmerge a los profesionales en brindar la información de las alternativas de tratamiento y tener en cuenta opiniones, buscando el máximo beneficio. Lo anterior, es coherente con lo establecido por diferentes autores en donde se establece que el actuar ético no postula sólo el respeto de la libertad del otro, sino que incluye la visión del bien en todo sentido (Beauchamp y Childress, 1999).

De igual forma en el principio de veracidad se evidencia en el contexto primario la importancia de una buena comunicación médico-paciente, médico-familiar, y paciente –familiar siempre dentro de unas adecuadas relaciones interpersonales. El acto de informar con la verdad a los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal y sus familiares sobre el estado de salud, genera una relación de confianza, aspecto que redundará en una mejor atención y manejo integral. Lo observado en el contexto primario se correlaciona con lo establecido en el respeto por este principio y es coherente con lo referido por algunos autores quienes afirman que en el manejo de la información en medicina paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, guiados por la virtud de la prudencia (Taboada, 2000).

En el principio de proporcionalidad terapéutica, de acuerdo con los resultados obtenidos se puede inferir que el cumplimiento de este principio se está dando por parte del profesional de la salud hacia el paciente con diagnóstico de enfermedad terminal, dado que se bus-

ca la aplicabilidad de diversas medidas terapéuticas, que propenden por lograr beneficio sobre el estado de salud del paciente y de esta manera mejorar el pronóstico y su calidad de vida. Al contrastar esto con lo referido en la literatura en donde se establece que parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena (Taboada, 2000b), se puede concluir que dicho principio se cumple y se convierte en un elemento fundamental de la intervención.

Así mismo, en el principio de doble efecto terapéutico se evidencia que por parte de los profesionales de la salud se informa con respecto a los efectos negativos, daños colaterales, todo ello apoyado en el proceso de consentimiento informado donde luego de recibida la información tomarán la decisión de acceder o no al tratamiento. Adicionalmente, la información brindada se orienta hacia el beneficio del paciente tratando de no generar dudas con respecto a los procedimientos a realizar y propendiendo por la mínima posibilidad de error. Al contrastar esto con lo referente en la literatura en donde se establece que este principio señala algunas condiciones que deben darse para evaluar un acto médico como son que la acción sea en sí misma buena, que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solamente tolerado, que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo y que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido (Taboada, 2000a), se observa que su abordaje en el contexto primario se soporta en el consentimiento informado al paciente o en el caso requerido a los familiares.

Con respecto al principio de no abandono se evidencia por parte de los profesionales de la salud y de los familiares del paciente la permanencia y apoyo emocional durante el proceso evolutivo de la enfermedad, además, es muy relevante el cumplimiento por parte del equipo multidisciplinario donde el acompañamiento es constante al igual que la comunicación y el apoyo que se les brinda en busca de la integración del paciente a su rol en la comunidad. Al intentar discernir los resultados con la literatura se puede evidenciar que se cumple el deber

ético y moral de velar por la dignidad del ser humano en condiciones de extrema debilidad y dependencia, allí se evidencia el fin de la medicina paliativa que implica que cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar (Taboada, 2000b).

En el principio de prevención se visualiza el interés y preocupación del equipo multidisciplinario por evitar el progreso de la enfermedad a través de las diferentes medidas terapéuticas mediante una comunicación constante y eficiente con el paciente y los familiares, pero además, soportado mediante un proceso de consentimiento informado que refleja la información relacionada con riesgos, beneficios, pronóstico, alternativas de tratamiento entre otros. Cuando vemos lo contemplado en la literatura podemos visualizar que es coherente con la conceptualización de dicho principio dado que se orienta a prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica, es decir, se fundamenta en el deber de previsibilidad (Taboada, 2000a).

Aplicabilidad de los principios bioéticos

De lo anterior como tesis se puede establecer que los seis principios bioéticos de la medicina paliativa, son considerados como pilar fundamental para la atención de pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal.

Es como estos están orientados a posibilitar la participación activa en el proceso de toma de decisiones enfocado al principio de autonomía, el principio de veracidad comprendido desde la bioética como la verdad que fundamenta la confianza y las relaciones interpersonales, y cómo estos brindan proporcionalidad terapéutica que corresponde a la obligación moral de implementar todas las medidas terapéuticas que guarden una relación debida entre los medios empleados y el resultado predecible. De igual forma se ve que la intervención terapéutica a realizar y los efectos negativos del tratamiento no deben generar dudas en la familia ni en el equipo de salud, y se debe permanecer con el paciente durante su enfermedad estableciendo una comunicación empática,

previniendo las posibles complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en el paciente en situación terminal, evitando la progresión de la enfermedad y la progresión de los síntomas.

Es importante resaltar que la aplicabilidad de dichos principios establecidos fue considerada en el contexto primario, y están soportados y fundamentados en los cuatro principios de la bioética “autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”. También se puede concluir que el abordaje del paciente con diagnóstico de enfermedad terminal considerado desde el respeto por los principios llevará a una adecuada relación profesional-paciente que redundará en una mejor calidad de vida de estos.

Consideraciones finales

Los principios bioéticos marcan la diferencia en el tratamiento paliativo de personas con enfermedades terminales. El hecho que sean aplicables o no, radica en la responsabilidad de un grupo multidisciplinario quienes serán los encargados de propender una adecuada calidad de vida de estos pacientes, mediante técnicas terapéuticas y/o sucesos religiosos, culturales, familiares y hasta sociales. Sin embargo, no siempre el paciente y sus dolencias serán lo fundamental en el tratamiento (en este caso paliativo); desafortunadamente nos vemos inmersos en sociedades con falta de calidad humana y autoconciencia de que todos somos seres humanos con igualdad de condiciones y nos olvidamos de uno de nuestros grandes derechos: La vida.

Así mismo, como lo menciona Martínez (2005), el ser tratado con dignidad requiere de actos positivos de respeto en la conducta de los demás hacia el paciente y sus familiares, es así como los profesionales de la salud deben asegurar, en la medida de lo posible, respetar la autonomía de las personas y el uso de la razón, es decir, es un deber no imponer indignidades innecesarias como es la de mantener con vida a alguien que no desea vivir y minimizar las necesarias, es decir, acabar con la vida de alguien que desea seguir viviendo.

Los cuidados paliativos se convierten en la alternativa

que permite obtener la máxima calidad de vida en la fase final de la enfermedad a través del control del dolor y de otros síntomas y problemáticas psicológicas, sociales y espirituales que se desencadenen al interior del núcleo familiar; es así como el manejo integral requiere de por lo menos el control de los síntomas físicos, el apoyo emocional permanente al paciente y a la familia, la comunicación efectiva y el respeto por las decisiones de los pacientes con respecto a su tratamiento.

Bibliografía

Amor J. 2005. **Introducción a la bioética**. PPC, Editorial y Distribuidora SA, Madrid, España.

Beauchamp T, Childress J. 1999. **Principios de Ética Biomédica**. Masson Ed., Barcelona, España.

Bonilla E, Rodríguez P. 1997. **Más allá del dilema de los métodos**., Grupo Editorial Norma, Bogotá, Colombia.

Castellón LE. 2008. **Decisiones al final de la vida**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.

Center for Bioethics, University of Minnesota. 2005. **End of life care: an ethical overview**. En: [Http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf](http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf) Consultado en Diciembre de 2014.

Chrystal-Frances E. 2003. Palliative care: A discussion of management and ethical issues. **Nursing Forum** 38: 25-29.

Gracia D. 1990. **Primum non Nocere. El principio de No – maleficencia como fundamento de la ética médica**. Instituto de España, Real Academia de Medicina, Madrid, España.

Hamric A, Blackhall LJ. 2007. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. **Critical Care Medicine** 35: 422–429.

Javashvili G. 2008. **Ethical and legal issues of Palliative care and Care at the end of life**. Georgia foundation. United States. En: [Http://cop.health-rights.org/files/1/4/145ba7462ff0b7e254c7f042b7bd33b0.pdf](http://cop.health-rights.org/files/1/4/145ba7462ff0b7e254c7f042b7bd33b0.pdf) (Consultada en Diciembre de 2014).

Li BL. 2013. Clinical review: Ethics and end-of-life care for critically ill patients in China. **Critical Care** doi:10.1186/cc13140

Martínez K. 2005. **La dignidad del enfermo terminal**. En J. Masia (Eds.), Ser humano, persona y dignidad. Universidad Pontificia Comillas. Bilbao, España.

Montes de Oca G. 2006. Historia de los cuidados paliativos. **Revista Digital Universitaria** 7: 2-9.

Padrón R. 2008. El paciente en estado terminal. **Revista de Bioética** Mayo-Agosto: 15-19.

Pessini L, Bertachini L. 2006. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. **Acta Bioética** 12: 231-242.

Rodríguez A. 2012. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos. **Enfermería en Costa Rica** 33: 32-40.

Sánchez I. 2012. Educación médica y medicina paliativa. **ARS Médica** 11. En: [Http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars01a.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars01a.html) (Consultada en Noviembre de 2014).

Saunders DC. 2011. **Velad conmigo, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos**. Asociación Internacional para el hospicio y cuidados paliativos. Madrid, España.

Twycross R. 2000. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. **Acta Bioética** 6: 27-46.

Tapiero Z. 2001. Los Principios Bioéticos ¿Se aplican en la situación del enfermo terminal?. **Anales de Medicina Interna** 18: 650-654.

Taboada P. 2000. El derecho a morir con dignidad. **Acta Bioética** 6: 91-101.

Taboada P. 2000. Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales. **ARS Médica** 12. En: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/PrincipiosEticos.html>